

.....  
*Kan samarbetet ibland betyda distansering från patienten eller "skydd mot patienten"?*  
.....

dant system. Kan det bli ett samarbete mellan någotsånär likställda parter? Kommer hierarkin att slå igenom och undergräva många av fördelarna med samarbetet? Får personalen en känsla av ökat värde, av personlig utveckling, ökad kunskap och skicklighet? Eller blir det fråga om hantlangning, kvävande rutin och specialisering?

2. För vems skull sker samarbetet? Är det för patientens eller för personalens eller för bådasskull. Var kommer patienten in i bilden. Detta att vi nu här diskuterar modeller för samverkan utan att ha patientsynpunkter representerade, utan att

ta upp patientperspektivet, betyder det att vi vidmakthåller patient- och personalkulturerna? Kan samarbetet ibland betyda distansering från patienten eller "skydd mot patienten"? Kan samarbete betyda att patienten berövas eget ansvar och inflytande?

3. Den tredje reflexionen gäller förhållandet mellan samarbetet i psykoterapi och målsättnings- och värderingsfrågor. Jag tror att dessa frågor lättare kommer upp i ljuset ju mera intimt samarbete som äger rum. Ju mer en anställd kan hålla sin verksamhet isolerad desto större skillnader kan finnas dolda i målsättnings- och värderingsfrågor. Denna dolda skillnad kan naturligtvis undergräva behandlingen. Närmare samarbete leder rimligen till öppnare debatt och granskning av mål och värderingar inom behandlingsarbetet.

## Modeller för samverkan

# Beteendeterapi vid fobiska tillstånd



Lars-Erik Claesson

### Systematisk Desensibilisering

Några ord om beteendeterapi vid fobiska tillstånd innan jag går över till vår praktiska modell för samverkan. *Beteendeteorin* betraktar fobiska till-

.....  
Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i Göteborg, maj 1971.

S k systematisk desensibilisering har blivit alltmer uppmärksammat såsom en effektiv psykoterapeutisk metod särskilt vid fobiska tillstånd. Traditionellt har en ansvarig läkare ensam skött hela behandlingen. Vid klinik I, Lillhagens sjukhus, har emellertid en ny behandlingsmodell skapats. Behandlingen är utspridd på olika befattningshavare: sjukgymnaster, avdelningspersonal, psykolog och läkare. Nedanstående artikel av psykologen fil.lic. Lars-Erik Claesson och följande artikel av bitr. överläkaren Georg Punell skisserar uppläggnings- och behandlingsformen — som man har mycket goda erfarenheter av.

stånd som ett resultat av inläring eller betingning, där ångestupplevelsen kopplats till en bestämd situation, bestämt objekt eller bestämd upplevelse. Den behandlingsform, som utarbetats för att avlägsna fobiska tillstånd kallas för 'Systematisk Desensibilisering', och upphovsmannen Wolpe samt Lazarus brukar räknas som de

främsta företrädarna för metoden. Uttryckt i andra ord, så är 'Systematisk Desensibilisering' en metod med vilken man åstadkommer ångestreduktion. Den har visat sig mycket effektiv vid monosymtomatiska tillstånd, men även multifobiska tillstånd, där fobierna ej är alltför integrerade med varandra har visat sig lätta att attackera. Siffrorna på total förbättring varierar här mellan 80—96 % på totalt 10—15 behandlingstimmar. Siffrorna hänför sig till undersökningar på sammanlagt c:a 500 patienter.

På psykiatriska kliniker och mentalsjukhus är dessa tillstånd dock inte så vanliga om man ställer dem i proportion till mer komplexa fobiska tillstånd såsom socialt multifobiskt tillstånd och i ännu högre grad agorafobiska tillstånd. Förbättringsprocenten för dessa sjunker kraftigt, och behandlingstiden förlängs.

En grundförutsättning för att "Systematisk Desensibilisering" skall kunna äga rum, är att man hittar ett stimulus, som verkar utlösande på ångesten. I komplexa fall, speciellt sk 'fritt flytande ångest' är det många gånger ogörligt att hitta ett utlösande stimulus. När stimuli föreligger är de allestädes närvarande. Exempel på utlösande stimuli som man lyckats isolera vid fritt flytande ångest är 'skuggor, skiftningar' och 'vertikalitet'. I sådana här fall får man emellertid inte bortse från möjligheten av en helt annorlunda genes.

'Systematisk Desensibilisering' kan kort sägas innebära en ombetingning. Den motsatta reaktionen till ångest och spänning är avslappning och lugn, och metoden går ut på att koppla bort associationen av ångest till stimuli och i stället åstadkomma en koppling till känslan av lugn. Eftersom spänning och avslappning är antagonistiska responser, kan båda inte samtidigt vara betingade till samma stimulus, utan betingningen av den ena reaktionen hämmar automatiskt betingningen av den andra.

Praktiskt går 'Systematisk Desensibilisering' till

Siffrorna på total förbättring varierar här mellan 80—96 %, på totalt 10—15 behandlingstimmar.

En grundförutsättning för att 'Systematisk Desensibilisering' skall kunna äga rum, är att man hittar ett stimuli, som verkar utlösande på ångesten.

så, att patienten tränar in den antagonistiska responsen avslappning, samtidigt som terapeuten och patienten tillsammans ringar in det fobiska området. Därefter sker en hierarkibyggnad, innebärande en rangordning av situationer från den som ger minst ångest till den som ger mest. Alla situationerna berör givetvis samma fobiska tema.

Därefter vidtar sista steget, då avslappningen kopplas samman med de olika situationerna, vilka patienten får föreställa sig upprepade gånger tills de inte längre inger något obehag. Det har visat sig, att avbetingningen av det obehag som föreställningarna ger, automatiskt generaliseras till motsvarande verkliga situationer. Dessutom sker en generalisering över även till andra situationer för vilka patienten upplever spänning.

### Modell för samverkan

Detta var en kort skissering av metoden, och jag skall lämna den där och gå in på kärnpunkten, nämligen temat: 'Modeller för samverkan'. På klinik I på Lillhagens Sjukhus har vi delat upp behandlingsproceduren i skilda specialistenheter. Sålunda sker hela avslappningsträningen av sjukgymnaster, vilka under ledning av dr Punell lärt sig och blivit experter på ett register av avslappningsmetoder. Denna "delegering" har ytterligare visat sig ha fördelen att sjukgymnasten ofta inhämtar ytterst väsentlig kompletterande randinformation.

Den andra gruppen i samarbetsmodellen utgöres av patienternas läkare. Förutom den alltid obligatoriska somatiska utredning, som måste föregå en beteendeterapeutisk behandling, tänker

Metoden går ut på att koppla bort associationen av ångest till stimuli och i stället åstadkomma en koppling till känslan av lugn.

.....  
*Sålunda sker hela avslappningsträningen av sjukgymnaster.*  
.....

jag här på två saker, nämligen *dels* medicineringen, som bör vara synkroniserad med var i den beteendeterapeutiska behandlingen som patienten befinner sig, och *dels* inskrivningsformen, där en successiv utslussning från sjukhuset bör ske i samband med att beteendeterapin fortskrider.

Den tredje gruppen utgöres av avdelningspersonalen. I fall då patienten antingen inte kan lära sig avslappning och/eller inte kan mana fram föreställningarna tillräckligt levande, måste en alternativ metod tillgripas, nämligen "Desensibilisering in vivo", vilket ungefär motsvarar vad vi vanligen kallar för 'praktisk fobiträning'. *Avslappningen ersättes* här med det trygghetsmoment som sällskap med någon man känner och har förtroende för innebär. *Upptäckningen i ångesthierarkin ersättes* med ett sakta, successivt närmande till den verkliga situationen. Här är det utomordentligt viktigt, att detta successiva närmande sker rigoröst efter inlärningsprinciperna. Går det för snabbt, blir följden enbart ökad ångest.

Den personal, som utgör sällskap måste ha lärt sig principerna bakom behandlingsprogrammet och deras tillämpning, så att de på ett adekvat sätt direkt kan göra modifikationer i programmet allt efter hur olika situationer kan uppstå så att detta kan fortlöpa planenligt. Exempel på en sådan beslutsprocess är att självständigt kunna utöka eller förkorta ett steg i proceduren, temporalt sett.

Den fjärde gruppen är psykologen, som sköter om uppbyggnaden av beteendeterapi-programmet med tonvikt på hierarkikonstruktionerna. Dessutom handhar han själva desensibiliseringen, vilken dock efter en inledningsfas kan delegeras till upplärd avdelningspersonal under ledning.

.....  
*Den fjärde gruppen är psykologen, som sköter om uppbyggnaden av beteendeterapi-programmet med tonvikt på hierarkikonstruktionerna.*  
.....

### **Team-modellens innebörd**

För att en sådan här modell för samverkan skall kunna fungera krävs att det finns ett väl utvecklat kommunikationsmönster mellan medlemmarna i "teamet". Detta kommunikationsmönster bör såväl omfatta regelbundna konferenser och diskussioner som informella kontakter.

Sammanfattningsvis kan sägas, att delegering från en personalgrupp till en annan för samtliga innebär ökat förtroende och ansvar. Dessutom måste varje delegering inkludera en klar specificering av arbetsuppgifter och en ömsesidig tolerans för att inte osäkerhet och kaos skall uppstå. I allt detta spelar kommunikationsmönstret en viktig roll.

### **Principiella synpunkter på samverkan**

Föreliggande modell för samverkan vill illustrera två principiella fördelar om denna samverkan sker på rätt sätt. *Den ena* är en fördjupad kunskap om och förståelse för patienten p g a samarbete i integrerad form mellan flera expertkategorier, där den ömsesidiga 'feed-backen' i relativt stor utsträckning garanterar en *allsidig* information om och förståelse av patienten.

*Den andra* fördelen är ökad effektivitet, inte bara kvalitativt utan även kvantitativt genom att det integrerade samarbetet sprids till allt fler personalgrupper. Observera att det alltså *inte* är frågan om en ensidig delegering t ex till avdelningspersonal. Alla måste som en effekt av den ömsesidiga 'feed-backen' själva kunna vara i stånd att fatta beslut om detta krävs, och det totala behandlingsprogrammet grundas på och revideras efter *allas* kunskap och information.